



## Remaniements de l'identité professionnelle et personnelle présentés par des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France.

Marie Baraud, Nadja Acioly-Regnier

### ► To cite this version:

Marie Baraud, Nadja Acioly-Regnier. Remaniements de l'identité professionnelle et personnelle présentés par des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France. . XVème Congrès international de l'ARIC: L'interculturel aujourd'hui. Perspectives et enjeux., Association pour la recherche interculturelle - ARIC, Aug 2016, Strasbourg, France. halshs-01297005

**HAL Id: halshs-01297005**

**<https://shs.hal.science/halshs-01297005>**

Submitted on 1 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0  
International License

Marie Baraud,  
Doctorante en Psychologie, Laboratoire « Santé, Individu, Société », EAM-SIS-HCL 4128,  
Université Lumière Lyon 2,  
marie.brd@gmail.com

Nadja Acioly-Régner,  
Maître de Conférences HDR, Laboratoire « Santé, Individu, Société », EAM-SIS-HCL 4128,  
ESPÉ, Université Claude Bernard Lyon 1  
[nadja.acioly-regnier@univ-lyon1.fr](mailto:nadja.acioly-regnier@univ-lyon1.fr)

### **Remaniements de l'identité professionnelle et personnelle présentés par des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France.**

Cet article s'inscrit dans une recherche plus large réalisée dans le cadre de notre thèse de doctorat visant à mettre en évidence les remaniements de l'identité intervenant chez des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Brésil. Nous proposons de présenter ici le travail que nous avons réalisé en France. Nous avons appuyé notre travail sur une approche dynamique et adaptative de l'identité personnelle, en particulier à travers l'approche d'Hermans (1992 ; 2001) concernant l'identité dialogique et l'identité narrative de Ricœur (1991). De plus, dans la mesure où ce travail fait intervenir de manière importante le contexte personnel, il nous semblait pertinent de faire intervenir aussi la question de l'identité professionnelle (Dubar, 2010) et de ses liens avec la reconnaissance (Ricœur, 2004 ; Honneth, 2013). Enfin, la question interculturelle étant centrale dans cette problématique, nous avons choisi de l'aborder sous l'angle de l'identité interculturelle et de l'interculturalisation (Clanet, 1990, Denoux, 1994, Guerraoui). L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les processus identitaires mis en œuvre par des médecins diplômés à l'étranger, confrontés à un contexte professionnel et culturel différent. En particulier, nous cherchons à comprendre les processus permettant de donner sens à l'expérience migratoire et de l'intégrer dans la trajectoire personnelle et l'identité ainsi que les obstacles rencontrés par les sujets et à mettre en évidence la place de la reconnaissance au sein de ces différents processus. Enfin, nous cherchons à mettre en évidence les processus d'influence mutuelle intervenant entre l'appartenance culturelle et le contexte professionnel. Nous avons combiné plusieurs méthodes de recueil et d'analyse des données afin de répondre à ce questionnement. Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire visant à caractériser notre population d'un point de vue socio-démographique avec mais aussi afin de recenser les facteurs déclencheurs d'une migration. Ensuite, nous avons réalisé des entretiens de type biographique (Bertaux, 2005) afin d'amener le sujet à « se raconter », à mettre en récit sa trajectoire personnelle et mettre en évidence les aspects identitaires par le biais de l'analyse. Enfin, en fin d'entretien, nous avons proposé aux sujets de visionner un ensemble d'extraits vidéo afin des les confronter à plusieurs points de vue et situations en vue de faire émerger une réflexion sur leur vécu. Nous avons recueilli 44 questionnaires et réalisé huit entretiens avec des sujets âgés de 36 à 71 ans, trois femmes et cinq hommes parmi lesquels deux avaient obtenu leur diplôme dans un pays de l'UE et six hors de l'UE. Nous avons mis en évidence l'influence de la reconnaissance du diplôme sur la trajectoire et les processus identitaires de ces sujets.

**Mots-Clés :** *identité personnelle, identité professionnelle, médecins étrangers, trajectoire migratoire, entretien biographique.*

## ***Introduction***

Cet article s'inscrit dans une recherche plus large réalisée dans le cadre de notre thèse de doctorat visant à mettre en évidence les remaniements de l'identité intervenant chez des médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Brésil. Nous proposons de présenter ici le travail que nous avons réalisé en France. D'après l'atlas de la démographie médicale en France paru en 2013 (Le Breton-Lerouvillois, 2013), au 1<sup>er</sup> janvier 2013, sur les 271 970 inscrits au tableau de l'Ordre, 21 111 médecins sont titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen, soit 7,8% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. L'Algérie arrive en première position du total des praticiens diplômés hors de France avec 22,2% de diplômés. La Roumanie occupe la seconde place (17,7%) et la Belgique la troisième (8,9%). On voit donc qu'une part importante des médecins étrangers venant en France proviennent d'un pays largement francophone et sont susceptibles d'avoir effectué leurs études médicales en français. En règle générale, les médecins diplômés hors de l'Union Européenne souhaitant exercer en France doivent se soumettre à la Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) (Cottureau, 2010) afin de pouvoir s'inscrire au tableau l'Ordre des Médecins. Il s'agit d'une procédure souvent longue et complexe, ce qui a pour conséquence que ces médecins travaillent pendant plusieurs années sous divers statuts parmi lesquels le statut de Faisant Fonction d'Interne (FFI) ou le statut de Praticien Attaché. Les médecins ayant obtenu leur diplôme dans un pays de l'Union Européenne ne sont pas soumis à cette procédure et peuvent exercer en France en effectuant des démarches beaucoup moins longues.

## ***Concepts mobilisés dans cette recherche***

Nous avons appuyé notre travail sur une approche dynamique et adaptative de l'identité personnelle, en particulier à travers l'approche d'Hermans (2001;1992) concernant l'identité dialogique ainsi que l'identité narrative de Ricœur (1991). Dans cette perspective l'identité est un ensemble de processus lié d'une part aux interactions et aux « dialogues » auxquels le sujet prend part et d'autre part à la construction narrative que le sujet met en place afin de donner sens à son expérience. De plus, nous avons appuyé notre travail sur l'identité professionnelle (Dubar, 2010; Sainsaulieu, 1988) et de ses liens avec la reconnaissance (Honneth, 2008, 2013; Ricœur, 2004). Selon Honneth il existe trois formes de reconnaissance, affective, sociale et juridique, nous nous appuyons sur cette distinction dans l'analyse de nos données dans la mesure où la reconnaissance et la non reconnaissance influencent la construction identitaire du sujet. Enfin, nous avons choisi d'aborder la question interculturelle sous l'angle de l'identité interculturelle et de l'interculturalisation (Clanet, 1993; Denoux, 1995; Guerraoui, 2009) afin d'analyser les processus mis en œuvre par les sujets pour gérer la disparité culturelle. L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les processus identitaires mis en œuvre par ces médecins confrontés à un contexte professionnel et culturel différent afin de comprendre les processus permettant de donner sens à l'expérience migratoire et de l'intégrer dans la trajectoire personnelle et l'identité ainsi que les obstacles rencontrés par les sujets et à mettre en évidence la place de la reconnaissance au sein de ces différents processus.

## ***Méthodes mises en œuvre***

Nous avons combiné trois méthodes complémentaires afin de répondre à ce questionnement, chacune des méthodes ayant un objectif différent. Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire visant à caractériser notre population d'un point de vue socio démographique et à recenser les facteurs déclencheurs d'une migration professionnelle. Ensuite, nous avons réalisé des entretiens biographiques afin d'amener le sujet à « se raconter », à mettre en récit sa trajectoire personnelle. Enfin, nous avons proposé aux sujets de visionner un ensemble d'extraits vidéo présentant des témoignages de médecins diplômés à l'étranger et exerçant en France et au Canada afin des les confronter à plusieurs points de vue et situations et de faire émerger une réflexion sur leur vécu. Le recours aux extraits vidéo avait pour but de faire émerger des contenus qui ne seraient pas apparus lors de l'entretien à travers la mobilisation de processus différents.

### ***Résultats obtenus***

Nous présentons ici uniquement les résultats obtenus à travers l'analyse des entretiens. Nous avons réalisé huit entretiens avec des sujets âgés de 36 à 71 ans, trois femmes et cinq hommes parmi lesquels deux avaient obtenu leur diplôme dans un pays de l'UE et six hors de l'UE. Nous avons cherché à réaliser une analyse des entretiens axée sur les différents positionnements des sujets dans la trame narrative ainsi que leur rapport aux différentes appartenances culturelles, en lien avec les différents statuts et lieux d'exercices auxquels ceux-ci ont été confrontés. Nous avons réalisé une analyse des entretiens en nous concentrant sur quatre axes principaux :

- les rôles et statuts évoqués par chacun des sujets,
- les traces d'intertextualité, c'est-à-dire d'éléments liés à des dialogues extérieurs ne faisant pas partie de l'entretien ou à des productions culturelles de type littéraire, cinématographique, etc.,
- les références à des éléments culturels, linguistiques et géographiques
- les éléments conflictuels présents dans le récit.

Sur les huit sujets que nous avons rencontrés, sept sont venus en France avec pour but de compléter leur formation, soit en médecine, soit en préparant un doctorat en sciences. Il semblerait que le fait de venir en France en tant qu'étudiant soit une caractéristique répandue chez ces médecins, ce qui a une influence sur leurs processus identitaire dans le sens où la plupart étaient déjà diplômés lorsqu'ils sont arrivés. De plus, du point de vue professionnel, les sujets sont tous passés par des statuts similaires au cours de leur trajectoire, qu'ils aient été diplômés dans l'UE ou hors de l'UE. Sept d'entre eux ont commencé par un stage non rémunéré, tous ont été FFI puis praticien attaché ou contractuel. Enfin, ceux qui ont obtenu l'autorisation d'exercer sont aujourd'hui praticiens hospitaliers ou exercent avec un statut équivalent.

Nous n'avons pas relevé de traces d'intertextualité dans la totalité des entretiens. Toutefois, lorsque des éléments de ce type étaient présents, ils concernaient des moments clés de la trajectoire du sujet autour desquels celui-ci articulait son récit. Par exemple, le sujet 2 a cité un échange qu'elle a eu avec son époux qui l'a conduite à s'orienter vers le métier de psychologue : « *Tu sais, tu peux faire psy* », et j'ai dit « *euh psy?* », oui, il a dit « *psychologue parce que je travaille avec des psychologues à l'hôpital tu vois et je sais comment les psychologues travaillent et je te dis que tu peux faire psy.* » Il s'agit pour elle d'un moment décisif de son parcours qui a

fait intervenir son époux. Le sujet 7 quant à elle a rapporté les visites à la préfecture qui ont été particulièrement difficiles à vivre mais dont l'issue lui a été favorable, elle nous a en effet rapporté ce que l'employé de la préfecture lui a dit : « *mais vous êtes la, les étrangers qui tirent la France vers le haut.* » Ce passage lui a conféré une reconnaissance dont elle avait manqué.

L'analyse des personnages présents nous a permis de mettre en évidence quelques points communs dans le discours des sujets. La plupart ont parlé de quelques membres de la famille, parfois sources d'identification, quelques uns ont également évoqué leurs amis. Les sujets féminins ont cependant beaucoup plus développé la question de la famille. Nous avons relevé principalement des références aux autres médecins, très peu à d'autres professionnels de santé et beaucoup de références à la hiérarchie, y compris à un niveau des relations personnelles. Il semblerait donc que pour ces sujets, les rapports professionnels se négocient principalement entre médecins.

Nous avons ensuite réalisé une analyse des données textuelles basée sur l'utilisation du logiciel Tropes afin de mettre en évidence l'espace culturel (Denoux, 2013) et géographique de l'entretien. Les éléments que nous avons recueillis étaient évidemment différents d'un sujet à l'autre mais le point commun des huit entretiens était un nombre beaucoup plus important de références à la France, celles-ci venant toujours en première position et le pays d'origine des sujets venait souvent en deuxième position. Nous avons de plus relevé des références à d'autre pays servant de point de comparaison pour les politiques de recrutement des médecins chez certains sujets, trois sujets venant d'un pays du Moyen-Orient et un sujet venant du Maghreb ont ainsi comparé la France et les Etats-Unis. Ainsi, les sujets ont évoqué les langues qu'ils valorisent ou parlent, et notamment l'apprentissage du français. Ils ont peu parlé de leur langue maternelle. Pour deux d'entre eux, leur langue maternelle était le français, et deux autres l'avaient appris alors qu'ils étaient plus jeunes. Les quatre sujets restant ont commencé à apprendre le français dans leur pays d'origine mais ils ont expliqué que cela avait été insuffisant.

Enfin, nous avons réalisé une analyse centrée sur la présence d'éléments conflictuels dans les entretiens et sur leurs modalités de résolution de ces conflits. Nous avons pu observer que ces conflits sont liés dans l'ensemble à la reconnaissance et à la discrimination, notamment au travail et sont axés sur la question du salaire, du statut de FFI et sur le travail demandé qui ne correspond pas à leurs compétences ou qui peut parfois être ingrat. A ce propos, le sujet 1 nous a par exemple expliqué qu'il était venu en France pour se perfectionner et apprendre de nouvelles techniques liées à sa spécialité et qu'il trouvait par conséquent inadmissible de se voir confier des tâches qu'un interne pourrait réaliser. Le sujet 5 nous a également fait part du fait que les FFI se voient souvent confier les gardes que les autres internes ne souhaitent pas assurer, par exemple à Noël ou nouvel an. Nous avons également vu que pour les médecins diplômés hors de l'UE, le fait d'avoir obtenu la nationalité française avant d'avoir obtenu l'autorisation d'exercer est une source d'incompréhension et parfois de souffrance. En outre, la confrontation aux procédures administratives a été une source de difficulté pour certains sujets qui se sentaient renvoyés à leur statut d'étranger alors qu'ils souhaitaient mettre en avant d'autres aspects de leur identité. Enfin, nous avons pu voir à travers les entretiens que nous avons réalisés que l'articulation des aspects professionnels et personnels pouvaient être problématique pour certains sujets.

### ***Analyse des réactions des sujets aux extraits vidéo***

*Le premier extrait montre une généraliste roumaine qui exerce dans un cabinet et qui explique que le plus difficile pour elle a été de quitter son pays pour la première fois. Il s'agit*

*d'un extrait d'un documentaire diffusé sur France 2 et intitulé « Au revoir docteur ».*

Les réactions des sujets au premier extrait renvoient à leur parcours personnel, nous leur avons demandé suite à son visionnage s'ils se reconnaissaient dans le discours de la généraliste roumaine du reportage. A partir de quelques secondes de vidéo où ce médecin exerce son activité professionnelle d'une part et évoque les difficultés auxquelles elle a été confrontée d'autre part, les sujets ont chacun évoqué des éléments voire construit de courts récits liés à leur expérience personnelle et à ce qu'eux-mêmes ont pu vivre ou ressentir. Différents processus psychiques ont été mobilisés par les sujets, notamment en lien avec l'identité, mais que dans l'ensemble ceux-ci ont évoqué leur parcours. Après avoir visionné l'extrait, le sujet 1 a réagi d'abord au pays d'origine de la généraliste interviewée et a fait le lien avec la procédure de reconnaissance des diplômes qui diffère en fonction du pays d'obtention du diplôme. Il a insisté sur le fait qu'elle travaille sans être « passée par l'école française » alors que lui est entré dans le système français » et remet en question la compétence des médecins qui n'ont pas un temps de formation au sein du système universitaire français. Le sujet 2 semble s'être identifiée à la généraliste de la vidéo. Il nous semble qu'elle a tenté d'imaginer pour quelle raison le changement a pu être radical. Selon elle, « *en Roumanie c'est un peu plus, on va dire, comportement un peu familial, je pense. Comme dans mon pays d'origine* » Cet extrait lui a permis d'évoquer son expérience personnelle de l'exercice de la médecine dans son pays d'origine et notamment la question des différences interethniques qui ont pour conséquence que « *chaque ethnie a ses petites cultures. Et il faut palabrer pendant un certain temps* ». A partir de cet extrait, elle a orienté son discours sur les interactions typiques et nécessaires entre le médecin et son patient : « *quelles sont les nouvelles...Comment ça va ? Il y a des comme des palabres ou une...[...] oui, et la famille, et les poules et les coqs. Tout ça passe avant d'arriver au fait qu'il est malade. Et là c'est assez technique là, c'est comme ça qu'on doit accueillir les patients. Et les patients savent comment aller vers les médecins, c'est déjà acquis.* »

Les sujets 3, 4 et 8 ont évoqué la question de la langue et des difficultés linguistiques ainsi que le fait d'avoir un accent, chacun de manière différente. Pour le sujet 4, « *si on arrive bien à parler [...] ça n'est pas un changement radical.* » « *la première difficulté c'était la langue et c'était pas vraiment un changement radical des manières de travailler* ». Pour ce sujet, les difficultés linguistiques lui portent une atteinte personnelle et constituent une menace de l'estime de soi. Il évoque cette question à plusieurs reprises lorsqu'il réagit à l'extrait : « *mes difficultés, c'est parfois pour la prononciation. Parfois je prononce pas bien. C'est ça ma difficulté.* », « *moi je sens que je dois être mieux [...] concernant la prononciation* », « *quand je prononce un mot pas comme il faut, ça me dérange* », « *ça me dérange pas de me répéter, même pour me corriger. Mais ça me dérange personnellement.* », « *parfois je dis que ça fait dix ans que je prononce pas bien* ». Enfin, pour le sujet 8, la langue est associée au fait de « *montrer son accent* », c'est-à-dire de révéler son origine étrangère et peut-être même de *se trahir*. Toutefois, pour lui, cet aspect n'est pas associé consciemment à des événements négatifs, il affirme que les patients sont « *amusés de l'accent, ça leur plaît* ». Chacun évoque un aspect différent du rapport à la langue, cependant ces aspects peuvent être liés et entrer en interaction pour influencer les processus identitaires du sujet. Le sujet 3 évoque également un autre aspect lié à l'adaptation à la vie quotidienne et au mode de vie. Pour lui, ce sont les horaires et les rythmes quotidiens qui ont constitué le changement le plus radical. Il avait également évoqué cet aspect au cours de son récit de vie et nous avons pu voir à travers son discours qu'il s'agit à travers cette modification des rythmes d'un changement complet du rapport au temps et à l'organisation de la vie quotidienne ainsi que de la gestion de la vie professionnelle qui influencent ses relations avec son entourage.

Nous voyons ici comment les rythmes de travail institutionnalisés dépendant d'une conception culturelle du rapport au temps et au temps de travail et se répercutent sur l'ensemble de la vie du sujet. Dans l'ensemble, les sujets ont déclaré ne pas se reconnaître dans le discours de la généraliste Roumaine interviewée mais tous ont fait des liens avec leur trajectoire personnelle et tous se sont identifiés à des degrés divers à certains aspects visibles dans la vidéo.

*Le deuxième extrait est un fragment d'un documentaire intitulé « Médecins sans résidence » et réalisé par Tchetchena Bellange. Il montre deux responsables canadiens qui expliquent pour quelles raisons il est difficile d'employer des médecins diplômés à l'étranger. Cet extrait avait pour but de présenter un discours typiquement stéréotypé en défaveur des médecins étrangers. Le troisième extrait est issu du même documentaire correspond quant à lui au discours inverse.*

Le deuxième extrait a suscité des réactions variées mais avec tout de même un certain nombre d'idées communes. Un aspect nous a particulièrement frappée à propos des réactions de certains sujets. L'extrait 2 était censé représenter un discours stéréotypé et discriminant et seuls deux sujets l'ont remarqué et ont exprimé un désaccord. Les six autres sujets ont plutôt insisté sur l'aspect professionnel en le détachant de l'aspect culturel. Chacun a réagi de manière différente mais tous les six ont mis en avant le fait qu'il existe des différences de pratiques entre certains pays et que ces différences peuvent être surmontées par le travail ainsi que la volonté et la capacité de s'adapter des médecins. Ainsi, pour le sujet 4, « *les maladies en Afrique c'est pas les mêmes maladies. Mais [il] pense que les maladies en France et en Syrie, c'est à peu près les mêmes maladies. [...] le bassin méditerranée c'est à peu près les mêmes maladies.* » De même, pour le sujet 1, « *les pathologies c'est pas tout le temps la même chose.* » Pour lui, il ne s'agit toutefois pas d'un obstacle puisque « *un médecin compétent, vous le mettez n'importe où, il s'adapte rapidement. Ça prend quelques...un mois, deux mois, hop, il s'adapte.* » Pour le sujet 3, il existe effectivement des maladies qu'il rencontre moins dans son pays – il donne l'exemple de la maladie d'Alzheimer et des troubles psychiatriques - mais selon lui, « *ça ne change pas la capacité à traiter ces maladies, même si on trouve ça plus, ça veut pas dire qu'on n'est pas capable d'agir. [...] quelqu'un de, qui travaille par exemple dans le même domaine, s'il est neurologue, s'il arrive pas à bien traiter, à faire la prose en charge d'Alzheimer, c'est un problème. C'est pas un médecin, c'est pas un vrai médecin.* » Pour, lui, le fait qu'un médecin soit formé en France ou à l'étranger n'a pas d'influence sur sa capacité à exercer, alors que le fait d'aimer son métier, la volonté de bien faire son travail et la capacité à travailler sont ce qui importe. Il s'agit d'un positionnement plutôt individuel que nous avons retrouvé chez certains autres sujets de la même manière. Le sujet 6 insiste par exemple sur le fait que la compétence ne vient pas de la formation mais s'évalue au cas par cas, de manière individuelle. Enfin, le sujet 8 évoque, d'une manière similaire au sujet 1, la proximité entre certains pays. Selon lui, en effet, « *c'est assez logique que si un médecin Africain vient chez nous, il est confronté à des pathologies qu'il connaît pas. [...] et vice-versa, si on va en Afrique on est perdu. C'est assez logique...Alors entre médecins de la communauté européenne ça va mieux.* » Il semblerait que ces deux sujets aient une représentation du décalage entre les pratiques de certains pays qui les amène à faire une différence, voire à hiérarchiser dans le cas du sujet 1, entre la formation et les compétences de certains médecins. Ces réactions nous semblent apporter des informations intéressantes sur les aspects qu'ils reconnaissent et valorisent dans l'identité professionnelle de médecin. Ils ont une conception selon laquelle la médecine est universelle et le médecin est un professionnel capable d'apprendre et de s'adapter en toutes circonstances. Lorsqu'ils ont réagi à cet extrait, certains sujets ont évoqué leur représentation de la profession et ce qui fait selon eux

un « bon » médecin et à l'inverse un « mauvais » médecin. Dans l'ensemble, à l'exception du sujet 8, nous avons observé une adhésion au discours des médecins interviewés dans le troisième extrait. Il a amené les sujets qui avaient adhéré au discours du deuxième extrait en émettant des réserves à se repositionner par rapport à la question.

*Le quatrième extrait est un court reportage diffusé par l'AFP et qui montre des médecins diplômés hors de l'Union Européenne qui manifestent pour la reconnaissance de leur diplôme.*

Nous avons pu voir à travers les réactions des sujets au quatrième extrait qu'il a engendré chez la plupart d'entre eux des mécanismes de rationalisation. Ceux-ci ont en effet pour la plupart tenté de donner des explications et des raisons à la difficulté de leurs parcours et au fait de percevoir une rémunération inférieure à celle des médecins français. L'analyse des réactions à cet extrait nous permet d'ouvrir une piste de réflexion que nous développerons davantage dans notre discussion et qui concerne les rapports à l'identité de français et la différence de perception existant entre les médecins diplômés dans l'U.E et ceux diplômés hors de l'U.E. De plus, nos sujets ont pour la plupart centré leur discours sur la question de la rémunération qui était abordée dans l'extrait par un médecin. Celle-ci parlait de son expérience personnelle, à la première personne alors que les autres médecins exposaient des faits généraux. Nous n'avions pas prévu cet effet lors de la construction de notre outil mais il semblerait que le fait que ce médecin parle à la première personne de son expérience ait une influence beaucoup plus marquée sur le discours des sujets, ceux-ci ayant pu s'identifier de manière positive ou négative.

### ***Discussion et interprétation des résultats***

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence les processus identitaires mis en œuvre par ces médecins, confrontés à un contexte professionnel et culturel différent. En particulier, nous cherchons à comprendre les processus permettant de donner sens à l'expérience migratoire et de l'intégrer dans la trajectoire personnelle et l'identité ainsi que les obstacles rencontrés par les sujets et à mettre en évidence la place de la reconnaissance au sein de ces différents processus. Enfin, nous cherchons à mettre en évidence les processus d'influence mutuelle intervenant entre l'appartenance culturelle et le contexte professionnel. Dans cet article, nous proposons une discussion des résultats selon trois axes thématiques : la dimension individuelle de l'identité en lien avec la trajectoire, la question du travail et de la reconnaissance et enfin les enjeux interculturels que nous avons mis en évidence. Nous ne présenterons pas la totalité des résultats obtenus mais nous focaliserons plutôt sur quelques points centraux de notre analyse.

Concernant la trajectoire du sujet, les données que nous avons recueillies nous ont permis de voir d'un point de vue plus général et méthodologique que même si un sujet nous raconte son histoire et sa version des faits, celle-ci n'est pas exempte de la présence des autres. Ainsi, nous avons vu à chaque fois, dans les 8 exemples que nous avons présentés que l'élément qui a déclenché le départ des sujets s'inscrit dans le rapport à l'autre. Aucun des sujets ne nous a dit j'ai eu envie de partir, alors j'ai recherché des informations et je suis parti. Toutes ces décisions, même si elles ont été prises à un degré plus ou moins personnel, ont été prises dans un rapport à l'autre à travers le dialogue et l'expression d'un projet incluant l'autre. Cet aspect ne concerne pas uniquement les sujets qui ont suivi leur conjoint mais l'ensemble de l'échantillon, avec des caractéristiques inhérentes au parcours de chacun des sujets.



Nous avons pu voir que la non reconnaissance du diplôme ainsi que le statut spécifique de faisant fonction d'interne étaient une source de souffrance pour les sujets diplômés hors de l'UE. De plus, un des sujets, qui avait obtenu la reconnaissance de son diplôme très rapidement, avait un discours plus proche de celui des sujets diplômés dans l'UE concernant sa trajectoire. Les stratégies mises en place par les sujets sont variables mais dans l'ensemble, ils ont tendance à fournir un travail beaucoup plus important afin de « compenser » le fait qu'ils n'aient pas été diplômés en France. Certains vont ressentir une baisse de l'estime de soi qui va amener des réactions de dévalorisation alors que d'autres vont lutter pour être reconnus ou bien tenter de trouver une reconnaissance ailleurs, au sein de la famille par exemple ou en entreprenant un parcours de recherche parallèle. Un des sujets s'appuyait sur la possibilité d'aller travailler dans un autre pays à l'avenir, mobilisant ainsi un processus axé sur l'imagination. En termes d'identité dialogique cela signifie que les sujets sont capables de faire s'exprimer et cohabiter plusieurs voix, ce qui revient à une capacité à mobiliser différents aspects de leur identité afin de se valoriser.

Nous avons également mis en évidence des éléments liés au genre et à l'identité genrée. Par exemple, deux des trois sujets féminins ont suivi leur époux qui avait une opportunité professionnelle en France, nous avons retrouvé cette donnée dans deux entretiens informels que nous avons réalisés au préalable ainsi que dans les données issues des questionnaires. En revanche, nous n'avons pas observé le cas de figure inverse. De plus, la question de la parentalité se pose différemment en fonction du sexe et peut être un frein ou une donnée ayant une grande influence pour la trajectoire des sujets féminins. La question ne se pose de la même manière pour les sujets masculins, ainsi les quatre sujets mariés que nous avons rencontrés ont été à l'origine de la migration et leur épouse les a suivis.

En ce qui concerne la question de la culture et de l'appartenance culturelle, il semblerait que nos sujets choisissent de ne pas mettre en avant leur identité culturelle d'origine mais plutôt leur capacité d'adaptation au contexte français et notamment au milieu professionnel. Il semblerait que pour ces sujets, la différence culturelle se négocie dans l'adaptation au contexte professionnel. Dans leur discours, tous les éléments que nous avons relevés convergent vers le fait qu'ils sont venus pour travailler et que l'adaptation au contexte culturel du pays est une conséquence logique, ils l'ont très peu évoquée. Toutefois, le fait que la plupart de nos sujets étaient en France depuis au moins dix ans, voire quinze ou vingt ans a peut-être une influence sur leur perception de leur adaptation. Le sujet qui nous a le plus parlé de la façon dont il avait été affecté par cette différence est aussi celui qui était arrivé le plus récemment. En ce qui concerne la question de la discrimination, nous avons pu voir que cette question était écartée par nos sujets. Ils disent n'avoir jamais été victimes de discrimination, il semblerait qu'elle soit plutôt vue comme impersonnelle et institutionnalisée et non pas le fait d'individus. Un point important à souligner est que parmi les sujets français, sept ont vécu une migration volontaire. Le sujet le plus âgé a été forcé de quitter son pays pour échapper à une situation le mettant en danger.

De plus, la question de la culture et de la différence culturelle se pose également à travers l'apprentissage de la langue pour les sujets. Nous avons remarqué plusieurs éléments dans les entretiens qui montrent que l'apprentissage de la langue est un indice de la façon dont les sujets se positionnent du point de vue identitaire et de la façon dont ils s'investissent dans le pays d'accueil. Cela ne signifie pas pour autant que le niveau de langue du sujet témoignerait d'une « intégration réussie » ou d'une « intégration ratée » mais serait plutôt pour nous un indice des processus qui ont conduit le sujet à entrer dans la culture du pays d'accueil de manière dialogique, à travers les relations interpersonnelles, les contacts et le partage de significations. En effet, à travers l'accent ou les éventuelles erreurs, elle peut révéler l'origine et montrer l'existence

d'une différence. Elle peut aussi être à l'origine de malentendus et d'incompréhensions qui vont orienter le parcours de sujets et les affects qu'il aura vis à vis de son expérience.

En outre, nous souhaitons aborder la signification de l'obtention de la nationalité française pour les médecins à diplôme extra européen. Nous avons en effet pu remarquer que celle-ci jouait un rôle important au niveau identitaire, qui différait d'un sujet à l'autre. Pour certains, elle et un outil leur permettant d'occuper un poste donné, pour d'autres elle est une source de reconnaissance et d'identification, elle marque l'appartenance. Ceci rend d'autant plus complexe notre objet de recherche dans la mesure où le fait d'obtenir la nationalité mais de ne pas bénéficier de la reconnaissance de son diplôme est vécu par certains sujets comme un paradoxe difficile à vivre qui porte atteinte à la cohérence de l'identité.

Enfin, le fait d'avoir été diplômé ou non dans un pays de l'Union Européenne a lui-aussi une influence dans la trajectoire des sujets dans la mesure où les sujets diplômés dans l'UE ont une perception très différente de la question de la reconnaissance du diplôme. Etant donné qu'ils n'ont pas été confrontés à la PAE, les deux sujets de notre échantillons diplômés dans l'UE semblent de pas percevoir les enjeux liés à la non-reconnaissance du diplôme et la différence existant entre leur parcours et celui des médecins diplômés hors de l'UE. A l'inverse, ces derniers ont manifesté un sentiment d'injustice quant à cette différence.

## **Conclusion**

A l'issue de cette première partie de notre travail, nous avons obtenu un ensemble de données nous permettant de comprendre de quelle manière nos sujets donnent sens à leur trajectoire migratoire et quelles sont les spécificités liées à leurs parcours. Bien que nous l'ayons peu développé dans cet article, les relations interpersonnelles occupent une place centrale dans ces processus. Nous avons vu notamment que l'un des enjeux principaux de notre problématique est le fait que ces sujets se voient refuser la reconnaissance de leur diplôme et donc de leur statut de médecin, ce qui a des conséquences variables au niveau identitaires, allant d'une baisse de l'estime de soi à la recherche d'une reconnaissance dans d'autres domaines comme la famille ou une autre forme d'activité professionnelle.

La suite de notre travail prévoit de réaliser une série d'entretiens au Brésil afin de mettre en perspective les données que nous avons présentées dans le présent article avec un cas de figure où les médecins ont été appelés pour venir travailler dans un autre pays. L'objectif de cette mise en parallèle sera de voir quels sont les effets qu'ont sur les processus identitaires la reconnaissance du diplôme et le fait de répondre à une demande à travers sa démarche migratoire.

## **Références :**

- Bertaux, D. (2005). *Récit de vie* (2e édition). Paris: A. Colin.
- Clanet, C. (1993). *L'interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines* (2e éd. revue et augmentée). Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Cottureau, V. (2010). *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE). L'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres* (Mémoire de Master 2). Université de Poitiers, Poitiers. Récupéré à l'adresse : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708099>
- Denoux, P. (1995). L'identité interculturelle. *Bulletin de Psychologie*, 46, 264–270.
- Denoux, P. (2013). Le contact culturel dans les procédures de recherche. Propositions

- méthodologiques de psychologie interculturelle. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 99-100, 365.
- Dubar, C. (2010). *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: A. Colin.
- Guerraoui, Z. (2009). De l'acculturation à l'interculturalisation: réflexions épistémologiques. *L'Autre*, 10, 195–200.
- Hermans, H. J. M. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture & Psychology*, 7, 243–281.
- Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G., & Van Loon, R. J. P. (1992). The dialogical self beyond: Individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23–33.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris*. Paris: La Découverte.
- Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. (P. Rusch, Trans.). Paris: Gallimard.
- Le Breton-Lerouvillois, G. (2013). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013* (Atlas). Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Molette, P. (2009, Juin). *De l'APD à Tropes : comment un outil d'analyse de contenu peut évoluer en logiciel de classification sémantique généraliste*. Présenté au colloque Psychologie et communication, Tarbes, France.
- Ricoeur, P. (1991). *Soi-même comme un autre* (Edition du). Paris.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance: trois études*. Paris: Stock.
- Sainsaulieu, R. (1988). *L'Identité au travail: les effets culturels de l'organisation*. Paris: Presses de sciences po.